Deutscher Bundestag **Drucksache 15/3155**

15. Wahlperiode 18. 05. 2004

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Eichhorn, Marie-Luise Dött, Hubert Hüppe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/3029 –

Umsetzung der vom Bundesverfassungsgericht geforderten Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht

Vorbemerkung der Fragesteller

Vor 11 Jahren, am 28. Mai 1993, verkündete das Bundesverfassungsgericht sein zweites Abtreibungsurteil. In Deutschland gilt nunmehr seit fast 11 Jahren für die Abtreibung das sog. Beratungskonzept, das faktisch als Fristenregelung mit Beratungspflicht wirkt: Der Straftatbestand des Schwangerschaftsabbruchs (§ 218 Strafgesetzbuch/StGB) findet keine Anwendung, wenn sich die Schwangere innerhalb von 12 Wochen nach der Empfängnis mindestens drei Tage vor dem Abbruch von einer anerkannten Beratungsstelle hat beraten lassen, diese Beratung dem Arzt durch eine Bescheinigung (Beratungsschein) nachweist, und der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird (§ 218a Abs. 1 StGB).

Damit hat die Frau, wie das Gericht in seiner Entscheidung vom 28. Mai 1993 hervorhebt, „die Letztverantwortung für den Schwangerschaftsabbruch“ (BVerfG 88, 203 ff., S. 268 ff., 318 ff.). „Nach dem Schutzkonzept der Beratungsregelung hat es die sozial und ärztlich beratene Frau zu verantworten, ob es zu einem – dann nicht mit Strafe bedrohten – Schwangerschaftsabbruch kommt oder nicht.“ (BVerfG 88, S. 318).

„Grundrechte der Frau tragen nicht so weit, dass die Rechtspflicht zum Austragen des Kindes – auch nur für eine bestimmte Zeit – generell aufgehoben wäre. Die Grundrechtspositionen der Frau führen allerdings dazu, dass es in Ausnahmelagen zulässig, in manchen Fällen womöglich geboten ist, eine solche Rechtspflicht nicht aufzuerlegen“ (Leitsatz 7, BVerfG 88, S. 204).

Dennoch betont das Gericht im Gegensatz dazu im gleichen Urteil, dass der Embryo im Mutterleib ein von der Mutter unabhängiges Recht auf Leben hat (Leitsätze des Urteils vom 25. Februar 1975 und vom 28. Mai 1993).

Daher ist die Tötung des Kindes im Mutterleib ein Verstoß gegen dieses Grundrecht. In Folge dessen legt das Gericht auch größten Wert auf die Feststellung, dass die Abtreibung zwar straflos, aber dennoch rechtswidrig ist: „Der Schwangerschaftsabbruch muss für die ganze Dauer der Schwangerschaft grundsätzlich als Unrecht angesehen werden und demgemäß rechtlich verboten sein (Be-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 14. Mai 2004 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

stätigung durch BVerfG 39, 1 >44<). Das Lebensrecht darf nicht, wenn auch nur für eine begrenzte Zeit, der freien, rechtlich nicht gebundenen Entscheidung eines Dritten, und sei es selbst die Mutter, überantwortet werden.“ (Leitsatz 4 des Urteils vom 28. Mai 1993).

Das selbständige Grundrecht auf Leben und Wahrung seiner Würde (Artikel 2 Satz 1 Grundgesetz/GG, Artikel 1 Abs. 1 GG) steht dem Embryo deshalb zu, weil dieser nach dem Verständnis der beiden verfassungsgerichtlichen Urteile vom 25. Februar 1975 und vom 28. Mai 1993 von Anfang an Mensch ist. Daraus entsteht die Schutzpflicht des Staates: „Diese Schutzpflicht des Staates verbietet nicht nur unmittelbare staatliche Eingriffe in das sich entwickelnde Leben, sondern gebietet dem Staat auch, sich schützend und fördernd vor dieses Leben zu stellen.“ (Leitsatz 1 des Urteils vom 25. Februar 1975). Diese Schutzpflicht besteht auch gegenüber der Mutter (Leitsatz 2 des Urteils vom 25. Februar 1975; Leitsatz 3 BVerfG 88).

Weil es sich bei dem Leben um das elementarste Grundrecht handelt, hatte der Gesetzgeber ursprünglich das noch nicht geborene Kind mit dem Strafrecht zu schützen versucht (§ 218 ff. StGB – alte Fassung). Mit dem Urteil vom 28. Mai 1993 wurde dem Gesetzgeber jedoch die Möglichkeit eröffnet, diese Schutzpflicht durch ein Beratungskonzept und eine Pflichtberatung zu erfüllen. Grundmotiv des Überganges vom strafrechtlichen Schutz zum sog. Beratungsschutz war die Überlegung, dass nur mit der „Beratungsregelung“ Abtreibungen Erfolg versprechend zurückgedrängt werden könnten.

Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber ausdrücklich aufgetragen, dass die tatsächlichen Auswirkungen des neuen Konzeptes zu beobachten seien: „Die Beobachtungspflicht besteht auch und gerade nach einem Wechsel des Schutzkonzeptes.“ (BVerfG 88, 310). Dazu kommt die Korrektur- oder Nachbesserungspflicht: „Stellt sich nach hinreichender Beobachtungszeit heraus, dass das Gesetz das von der Verfassung geforderte Maß an Schutz nicht zu gewährleisten vermag, so ist der Gesetzgeber verpflichtet, durch Änderung oder Ergänzung der bestehenden Vorschriften auf die Beseitigung der Mängel und die Sicherstellung eines dem Untermaßverbot genügenden Schutzes hinzuwirken (Korrektur- oder Nachbesserungspflicht).“ (BVerfG 88, S. 309 f.).

1. Wie ist die Bundesregierung der vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 25. August 1993 geforderten Beobachtungspflicht nachgekommen?

Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 25. August 1993 zur Beobachtungspflicht der Bundesregierung ist der Bundesregierung nicht bekannt. Soweit die Fragestellung sich jedoch auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 bezieht, ist Folgendes festzustellen:

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 dem Bundesgesetzgeber aufgegeben zu beobachten, wie sich sein gesetzliches Schutzkonzept in der gesellschaftlichen Wirklichkeit auswirkt (Beobachtungspflicht). Hierzu sind die für die Beurteilung der Wirkungen des Gesetzes notwendigen Daten planmäßig zu erheben, zu sammeln und auszuwerten (BVerfGE 88, 203, (309)).

In Erfüllung dieses Auftrags wird auf der Grundlage der §§ 15 ff. Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) eine Bundesstatistik über die unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 bis 3 des Strafgesetzbuches (StGB) vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche geführt. Die Statistik wird vom Statistischen Bundesamt vierteljährlich erhoben, aufbereitet und veröffentlicht.

Darüber hinaus hat der Bundesgesetzgeber die Länder verpflichtet, die den Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen zugrunde liegenden Maßstäbe für ihre Beratungstätigkeit und die dabei gesammelten Erfahrungen jährlich in einem schriftlichen Bericht niederzulegen (§ 10 SchKG). Die Berichtspflicht der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen dient ausschließlich der Überprüfung der praktischen Durchführung der Beratung (BVerfGE 88, 203, 288).

Zudem werden die vom Statistischen Bundesamt erhobenen Daten regelmäßig von dem zuständigen Fachressort der Bundesregierung verfolgt und im Hinblick auf die Wirksamkeit des gesetzlichen Schutzkonzeptes überprüft.

2. Gibt es eine den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes entsprechende aussagekräftige Statistik, durch welche die Entwicklung der Abtreibungszahlen in der Bundesrepublik Deutschland dokumentiert wird?

Mit der Neuregelung der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche ab 1. Januar 1996 sind die Inhaber der Arztpraxen sowie Leiter der Krankenhäuser, in denen innerhalb von zwei Jahren vor dem Quartalsende Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden, auskunftspflichtig. Als Hilfsmerkmale werden entsprechend § 17 SchKG der Name und die Anschrift der Einrichtung sowie die Telefonnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person erhoben. Dadurch ist es dem Statistischen Bundesamt möglich, die Einhaltung der Auskunftspflicht zu kontrollieren. Die Länder werden in regelmäßigen Abständen durch das Statistische Bundesamt zur Aktualisierung und Vervollständigung des dort geführten Anschriftenverzeichnisses über die Auskunftspflichtigen gemäß § 18 Abs. 3 SchKG befragt. Soweit es in einzelnen Ländern keine einheitlichen Regelungen zur Registrierung von Einrichtungen gibt, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, werden durch das Statistische Bundesamt zusätzlich alle öffentlich zugänglichen Anschriftenverzeichnisse ausgewertet. Das Statistische Bundesamt führt umfassende Befragungen nach § 6 Bundesstatistikgesetz durch, um den Kreis der Berichtspflichtigen festzustellen. Durch diese Maßnahmen hat die Bundesstatistik einen Grad an Vollständigkeit erreicht, der nicht unter dem liegt, was an Unschärfen bei jeder Primärstatistik in Kauf zu nehmen ist.

3. Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang den Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe für eine spezielle Statistik, mit der die Indikationsgrundlage unter klarer Ausweisung der fehlbildungsbezogenen Indikationen das Schwangerschaftsalter, die Methode des Schwangerschaftsabbruchs einschließlich des Fetozids sowie die postnatale Befundsicherung erfasst werden?

Die Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche wird über die unter den Voraussetzungen der § 218a Abs. 1 bis 3 StGB vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche geführt. Die Daten sind danach entsprechend der geltenden Rechtslage zu erheben. Eine den Schwangerschaftsabbruch rechtfertigende Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB liegt nur dann vor, wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der schwangeren Frau nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der schwangeren Frau abzuwenden und diese Gefahr nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Hieraus folgt, dass die Schädigung des Fetus nicht den Tatbestand des § 218a Abs. 2 StGB erfüllt.

Das Schwangerschaftsalter wird bereits unter dem Merkmal „Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft“ nach der geltenden Regelung des §16 Abs. 1 Nr. 4 SchKG erhoben.

Die Methode des Schwangerschaftsabbruchs wird bereits unter dem Merkmal „Art des Eingriffs“ nach der geltenden Regelung des § 16 Abs. 1 Nr. 5 SchKG erhoben.

4. Wie haben sich in den vergangenen 11 Jahren die Abtreibungszahlen in der Bundesrepublik Deutschland entwickelt (in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter sowie aufgeschlüsselt nach Jahren und Indikation bzw. „Beratungsregelung“)?

Es ist darauf hinzuweisen, dass ein Vergleich der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche von 1996 bis 2003 mit denen von 1993 bis 1995 nicht sinnvoll ist. Denn bis 1995 kam ein Teil der Ärztinnen und Ärzte ihrer Auskunftspflicht nicht oder nur unzureichend nach und aufgrund der anonymen Auskunftserteilung standen Kontrollmöglichkeiten nicht zur Verfügung, so dass bis dahin von einer nicht unerheblichen Untererfassung der Schwangerschaftsabbrüche auszugehen ist. Wegen der geänderten Erhebungsmethoden ab 1996 wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

Die für den Zeitraum 1993 bis 2003 durchgeführten Auswertungen des Statistischen Bundesamtes haben Folgendes ergeben:

Tabelle 1

Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland von 1993 bis 1995

	1993	**1994**	**1995**
Insgesamt	111 236	103 586	97 937
Alter von ... bis unter ... Jahren			
unter 15	129	177	138
15 - 18	2 565	2 467	2 473
unter 18	2 694	2 644	2 611
18 - 25	25 693	23 447	21 842
25 - 30	30 059	27 150	24 936
30 - 35	26 694	25 384	24 485
35 - 40	17 201	16 534	16 274
40 - 45	7 696	7 080	6 567
45 u. mehr	816	744	720
Unbekannt	383	603	502
Familienstand			
Ledig	43 795	41 005	39 002
Verheiratet	58 952	53 711	50 719
Verwitwet	538	506	491
Geschieden	7 181	6 518	6 443
Unbekannt	770	1 846	1 282
Rechtliche Begründung			
Medizinische	6077	5986	4897
Eugenische	893	838	668
Kriminologische	111	81	67
Beratungsregelung	82 930	93 895	91 877
Unbekannt	21 225	2 786	428
Eingriffsart			
Curettage	20 261	20 734	13 038
Vakuumaspiration	88 554	80 387	82 611
Hysterotomie/Hysterektomie	69	89	63
Medikamentöser Abbruch	1 602	1 429	2 067
Mifegyne	X	X	X
Unbekannt	750	947	158

	Prozentanteile		
Alter von ... bis unter ... Jahren			
unter 15	0,1	0,2	0,1
15 - 18	2,3	2,4	2,5
unter 18	2,4	2,6	2,7
18 - 25	23,1	22,6	22,3
25 - 30	27,0	26,2	25,5
30 - 35	24,0	24,5	25,0
35 - 40	15,5	16,0	16,6
40 - 45	6,9	6,8	6,7
45 u. mehr	0,7	0,7	0,7
Unbekannt	0,3	0,6	0,5
Rechtliche Begründung			
Medizinische	5,5	5,8	5,0
Eugenische	0,8	0,8	0,7
Kriminologische	0,1	0,1	0,1
Beratungsregelung	74,6	90,6	93,8
Unbekannt	19,1	2,7	0,4

Tabelle 2

Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland von 1996 bis 2003

Lfd. Nr.	Gegenstand der Nachweisung	1996 Anzahl	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	Schwangerschaftsabbrüche insgesamt	130 899	130 890	131 795	130 471	134 609	134 964	130 387	128 030
	Alter von ... bis unter ... Jahren								
19	unter 15	365	441	453	467	574	696	761	715
20	15 - 18	4 359	4 853	5 104	5 266	5 763	6 909	6 682	6 930
20a	unter 18	4 724	5 294	5 557	5 733	6 337	7 605	7 443	7 645
21	18 - 25	31 607	32 033	33 491	34 669	37 751	39 664	39 189	38 895
22	25 - 30	33 446	32 377	30 931	29 022	29 212	27 897	26 550	26 299
23	30 - 35	32 109	31 827	31 928	30 611	30 361	29 053	27 068	25 259
24	35 - 40	20 867	21 175	21 667	22 193	22 359	22 091	21 405	20 869
25	40 - 45	7 458	7 494	7 560	7 583	7 891	8 025	8 045	8 307
26	45 u. mehr	688	690	661	660	698	629	687	756
	Familienstand								
27	Ledig	53 195	53 672	55 508	56 756	59 923	62 806	62 476	62 785
28	Verheiratet	68 524	68 307	67 404	65 048	66 062	63 686	60 158	57 901
29	Verwitwet	760	672	766	682	564	555	472	470
30	Geschieden	8 420	8 239	8 117	7 985	8 060	7 917	7 281	6 874
	Rechtliche Begründung								
31	Medizinische Indikation	4 818	4 526	4 338	3 661	3 630	3 575	3 271	3 421
32	Kriminologische Indikation	56	34	34	34	34	49	37	26
33	Beratungsregelung	126 025	126 330	127 423	126 776	130 945	131 340	127 079	124 583
	Eingriffsart								
34	Curettage	13 685	13 500	14 141	14 729	15 107	14 658	14 330	13 111
35	Vakuumaspiration	113 295	113 235	113 231	112 144	111 226	111 211	106 286	104 059
36	Hysterotomie/Hysterektomie	52	31	34	28	17	24	29	21
37	Medikamentöser	3 867	4 122	4 389	3 569	4 139	3 128	2 815	2 995

38	Abbruch Mifegyne/Mifepriston	X	X	X	X	4 120	5 943	6 927	7 844
		Prozentanteile							
	Alter von ... bis unter ... Jahren								
39	unter 15	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6
40	15 - 18	3,3	3,7	3,9	4,0	4,3	5,1	5,1	5,4
41	unter 18	3,6	4,0	4,2	4,4	4,7	5,6	5,7	6,0
42	18 - 25	24,1	24,5	25,4	26,6	28,0	29,4	30,1	30,4
43	25 - 30	25,6	24,7	23,5	22,2	21,7	20,7	20,4	20,5
44	30 - 35	24,5	24,3	24,2	23,5	22,6	21,5	20,8	19,7
45	35 - 40	15,9	16,2	16,4	17,0	16,6	16,4	16,4	16,3
46	40 - 45	5,7	5,7	5,7	5,8	5,9	5,9	6,2	6,5
47	45 u. mehr	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
	Rechtliche Begründung								
48	Medizinische Indikation	3,7	3,5	3,3	2,8	2,7	2,6	2,5	2,7
49	Kriminologische Indikation	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
50	Beratungsregelung	96,3	96,5	96,7	97,2	97,3	97,3	97,5	97,3

Tabelle 3

Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland lebender Frauen je 10 000 Frauen der Altersgruppe

Jahr	Insgesamt	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter .... Jahren							
		15 - 18	18 -20	15 - 20	20 - 25	25 - 30	30 - 35	35 - 40	40 - 45
1993 *)	64	21	52	33	82	88	79	59	28
1994 *)	60	20	50	32	79	81	74	55	25
1995 *)	56	19	48	30	77	77	70	52	23
1996	76	33	80	51	109	105	91	66	26
1997	76	36	83	54	112	107	91	65	26
1998	77	38	88	58	117	110	92	64	26
1999	77	39	93	61	118	110	90	64	25
2000	80	43	99	66	127	117	92	64	26
2001	80	52	104	73	130	117	91	63	25
2002	78	49	102	70	126	114	89	61	25
2003 **)	76	51	98	70	126	113	83	59	25

*) Quoten von 1993 bis 1995 sind nicht mit denen ab 1996 vergleichbar.
**) vorläufige Berechnung mit der Bevölkerungszahl von 2002

5. Wie viele Minderjährige werden im Jahr in Deutschland schwanger (Jahresvergleich der vergangenen 11 Jahre nach Alter gestaffelt)?

Eine Statistik über Schwangerschaften gibt es in Deutschland nicht. Rückschlüsse über die Anzahl der Schwangerschaften Minderjähriger sind allenfalls möglich über die Lebendgeborenen- und Totgeborenenstatistik und die Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche. Die Daten aus der Totgeborenenstatistik stehen voraussichtlich im Verlauf des Jahres 2004 zur Verfügung. Die Krankenhausdiagnosestatistik, in der Fehlgeburten aufgeführt sind, ist für Rückschlüsse bei dieser Frage ebenfalls ungeeignet, da sie nicht vollständig erfasst und keine Altersgliederung der Patientinnen enthält.

Eine Übersicht über Lebendgeborene von minderjährigen Müttern von 1991 bis 2002 ist angefügt.

Statistisches Bundesamt – VI B –

3.9 Lebendgeborene von minderjährigen Müttern (Geburtsjahrmethode – nicht mit Altersjahrmethode vergleichbar)[*)]

Alter der Mutter in Jahren	1991			1992			1993		
	zusammen	ehelich	nichtehelich	zusammen	ehelich	nichtehelich	zusammen	ehelich	nichtehelich
14 und jünger	75	6	69	95	6	89	89	9	80
in Jahren	341	57	284	338	53	285	365	54	311
16	1 318	374	944	1 333	353	980	1 165	308	857
17	3 519	1 312	2 207	3 292	1 153	2 139	3 050	1 017	2 033
unter 18 Jahre	5 253	1 749	3 504	5 058	1 565	3 493	4 669	1 388	3 281
%	0,6	0,2	2,8	0,6	0,2	2,9	0,6	0,2	2,8
18 und älter[1)]	824 766	703 083	121 683	804 056	687 101	116 955	793 778	678 775	115 003
%	99,4	99,8	97,2	99,4	99,8	97,1	99,4	99,8	97,2
insgesamt	830 019	704 832	125 187	809 114	688 666	120 448	798 447	680 163	118 284
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Alter der Mutter in Jahren	1994			1995			1996		
	zusammen	ehelich	nichtehelich	zusammen	ehelich	nichtehelich	zusammen	ehelich	nichtehelich
15 und jünger	435	48	387	408	34	374	491	30	461
16	1 206	280	926	1 183	227	956	1 312	205	1 107
17	2 926	926	2 000	2 837	833	2 004	2 963	749	2 214
unter 18 Jahre	4 567	1 254	3 313	4 428	1 094	3 334	4 766	984	3 782
%	0,6	0,2	2,8	0,6	0,2	2,7	0,6	0,1	2,8
18 und älter[1)]	765 036	649 889	115 147	760 793	641 251	119 542	791 247	659 329	131 918
%	99,4	99,8	97,2	99,4	99,8	97,3	99,4	99,9	97,2
insgesamt	769 603	651 143	118 460	765 221	642 345	122 876	796 013	660 313	135 700
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Alter der Mutter in Jahren	1997			1998			1999		
	zusammen	**ehelich**	**nicht-ehelich**	**zusammen**	**ehelich**	**nicht-ehelich**	**zusammen**	**ehelich**	**nicht-ehelich**
15 und jünger	426	22	404	425	13	412	421	4	417
16	1 197	191	1 006	1 202	120	1 082	1 234	115	1 119
17	3 148	715	2 433	3 056	655	2 401	3 085	493	2 592
unter 18 Jahre	4 771	928	3 843	4 683	788	3 895	4 740	612	4 128
%	0,6	0,1	2,6	0,6	0,1	2,5	0,6	0,1	2,4
18 und älter[1]	807 402	665 412	141 990	780 351	627 129	153 222	766 004	599 498	166 506
%	99,4	99,9	97,4	99,4	99,9	97,5	99,4	99,9	97,6
insgesamt	812 173	666 340	145 833	785 034	627 917	157 117	770 744	600 110	170 634
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Alter der Mutter in Jahren	2000			2001			2002		
	zusammen	**ehelich**	**nicht-ehelich**	**zusammen**	**ehelich**	**nicht-ehelich**	**zusammen**	**ehelich**	**nicht-ehelich**
15 und jünger	466	10	456	549	3	546	556	5	551
16	1 237	95	1 142	1 385	88	1 297	1 458	58	1 400
17	3 093	463	2 630	3 306	394	2 912	3 406	336	3 070
unter 18 Jahre	4 796	568	4 228	5 240	485	4 755	5 420	399	5 021
%	0,6	0,1	2,4	0,7	0,1	2,6	0,8	0,1	2,7
18 und älter[1]	762 203	586 857	175 346	729 235	550 174	179 061	713 830	530 890	182 940
%	99,4	99,9	97,6	99,3	99,9	97,4	99,2	99,9	97,3
insgesamt	766 999	587 425	179 574	734 475	550 659	183 816	719 250	531 289	187 961
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100

[1] Einschl. Alter unbekannt.
*) Alter = Berichtsjahr – Geburtsjahr. Ab 1991 Deutschland.

6. Wie viele Schwangerschaftsabbrüche werden bei Minderjährigen in Deutschland jährlich vorgenommen (Zahlen für die vergangenen 11 Jahre, nach Alter gestaffelt)?

Die Zahlen sind den in der Antwort zu Frage 4 aufgeführten Tabellen (Tabelle 1 und 2) zu entnehmen.

7. Wie sind diese Zahlen im Vergleich der bisherigen Staaten der Europäischen Union einzuordnen (Zahlen von Schwangerschaften Minderjähriger/Schwangerschaftsabbrüchen Minderjähriger in den europäischen Ländern im direkten Vergleich zu den Angaben in Frage 4 und 5)?

Ein europäischer Vergleich von Schwangerschaften Minderjähriger ist nicht möglich, da schon in Deutschland eine vollständige Statistik nicht vorliegt (auf die Antwort zu Frage 5 wird verwiesen). Darüber hinaus ist ein weiterer Vergleich der Zahlen von Schwangerschaftsabbrüchen Minderjähriger schon allein wegen unterschiedlicher Erfassungsmethoden in den europäischen Ländern nicht möglich. Außerdem scheitert ein aussagekräftiger Vergleich an den unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen, die Schwangerschaftsabbrüchen zugrunde liegen. Auch wird die Altersgruppe der Minderjährigen unter 18 Jahren nicht erfasst (Eurostat weist ausschließlich die Altersgruppe der bis 19-Jährigen aus).

8. Welche Maßnahmen werden in anderen europäischen Ländern ergriffen, um ungewollten Schwangerschaften bei Minderjährigen entgegenzuwirken?

Der Bundesregierung liegen dazu umfangreiche Berichte aus folgenden europäischen Ländern vor: Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Spanien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich, Zypern. Aufgrund unterschiedlicher Prävalenzen bei teilweise unzureichender Datenlage (siehe auch Antwort zu Frage 7) wird dementsprechend Handlungsbedarf gesehen. Eine Analyse der Berichte zeigt, dass zudem die unterschiedlichen kulturellen und strukturellen Voraussetzungen in den einzelnen Ländern, die zu einer erheblich voneinander abweichenden Einstellung zu Sexualität und Familienplanung führen, zu berücksichtigen sind. Insoweit ist eine Vergleichbarkeit und evtl. Übertragbarkeit entsprechender Maßnahmen nur sehr eingeschränkt möglich. Zusammenfassend ist festzustellen, dass nach den vorliegenden Berichten der überwiegende Teil der Länder versucht, mit allgemeinen Maßnahmen der Sexualaufklärung für Jugendliche ungewollten Schwangerschaften bei Minderjährigen entgegenzuwirken. Große Bedeutung kommt der schulischen Sexualerziehung zu sowie den Aktivitäten der öffentlichen Gesundheitsdienste, die teilweise durch personalkommunikative Maßnahmen und Internetangebote ergänzt werden. Daneben wird dem freien und zum Teil kostenlosen Zugang zu Verhütungsmitteln ein erheblicher Stellenwert beigemessen. Aufklärungs- und Beratungsangebote befinden sich je nach strukturellen und gesetzlichen Voraussetzungen in der Zuständigkeit des Staates unter Beteiligung von Non-Governmental Organizations (NGO’s) oder auch in deren alleiniger Verantwortung. In Ländern, die eine niedrige Prävalenz von Teenagerschwangerschaften angeben (z. B. Dänemark, Niederlande, Finnland, Schweden), wird überwiegend eine möglichst flächendeckende niederschwellige Sexualerziehung, die selbstverständlicher Teil der allgemeinen Erziehung ist, durchgeführt. Im Vereinigten Königreich, wo von einer vergleichsweise hohen Prävalenz auszugehen ist, hat der Premierminister 1999 eine spezielle Kampagne initiiert, die einerseits die Erhöhung des Verhütungswissens bei Jugendlichen zum Ziel hat. Andererseits werden Maßnahmen durchgeführt, um die fehlende berufliche Perspektive jugendlicher Eltern zu verbessern. Eine ausführlichere Darstellung der einzelnen Berichte würde über den üblichen Umfang der Beantwortung einer Kleinen Anfrage hinausgehen.

9. In wie vielen Fällen und in welcher Höhe haben in den vergangenen 11 Jahren Krankenkassen gemäß § 24b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Kosten für die Durchführung von Abtreibungen übernommen?

Im Rahmen der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung wird weder die Anzahl der Schwangerschaftsabbruchfälle erfasst, noch werden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche gemäß § 24b SGB V gesondert ausgewiesen.

10. In wie vielen Fällen und in welcher Höhe haben die Bundesländer gemäß dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen seit Inkrafttreten dieses Gesetzes Kosten für Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung getragen (in absoluten Zahlen sowie bezogen auf die Zahl der statistisch erfassten Abtreibungen nach der Beratungsregelung)?

11. Wie beurteilt die Bundesregierung das Verhältnis der Zahl von Fällen, in denen Bundesländer die Kosten einer Abtreibung nach der Beratungsregelung gemäß dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen getragen haben, und der Zahl der statistisch erfassten Abtreibungen nach der Beratungsregelung?

12. Sind die Zahlen der gemeldeten Abtreibungen und der über die Krankenkassen abgerechneten Abtreibungen in den vergangenen 11 Jahren deckungsgleich gewesen, und wenn nicht, wie erklärt die Bundesregierung die Differenz?

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen am 1. Januar 1996 haben die Bundesländer bis einschließlich 2002 rund 247 Mio. Euro für Leistungen nach diesem Gesetz einschließlich Verwaltungskosten aufgewendet. Die Zahl der Erstattungsfälle im genannten Zeitraum beträgt rund 800 000. Für das Jahr 2003 liegen mehreren Bundesländern noch keine abschließenden Ergebnisse vor, sodass eine Berechnung der Zahlen für das gesamte Bundesgebiet bisher noch nicht erfolgen konnte.

Der Anteil der von den Ländern jährlich erstatteten Schwangerschaftsabbrüche an der Gesamtzahl der jährlich dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche ist sowohl aufgrund der Datenlage als auch wegen der fehlenden Deckungsgleichheit der erfassten Schwangerschaftsabbrüche in beiden Erhebungen nicht konkret zu berechnen. So werden nicht alle Schwangerschaftsabbrüche in dem Jahr als Erstattungsfall registriert, in dem sie vorgenommen wurden. In einzelnen Bundesländern sind Mehrfachzählungen im Rahmen der Meldung der Erstattungsfälle seitens der gesetzlichen Krankenkassen an die Länder nicht auszuschließen. In diesen Fällen werden als Erstattungsfälle nicht die abgerechneten Leistungen pro Schwangerschaftsabbruch gemeldet, sondern jede erstattete ärztliche Rechnung wird als Erstattungsfall registriert.

13. Wurde nach Auffassung der Bundesregierung angesichts der Abtreibungszahlen das Ziel des Gesetzes vom August 1995, den verfassungsrechtlich gebotenen Schutz des vorgeburtlichen Lebens erkennbar zu verbessern, erreicht?

Bei den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Zahlen ist zu berücksichtigen, dass Vergleiche mit Daten für die Jahre bis 1996 nicht möglich sind, da verlässliche Daten bis zu diesem Zeitpunkt seit Bestehen der Bundesrepublik nicht vorliegen. Die Schwangerschaftsabbruchzahlen haben sich trotz der konti-

nuierlichen Vervollständigung der statistischen Erfassung seit 1996 (auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen) kaum verändert. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die gesetzlichen Regelungen dem verfassungsrechtlich gebotenen Schutz des ungeborenen Lebens nachkommen.

14. Welche Schritte wird die Bundesregierung unternehmen, um den rechtlichen Schutzanspruch des ungeborenen Lebens im allgemeinen Bewusstsein zu erhalten und zu beleben?

Im Rahmen des seit 1992 nach Artikel 1 §1 Schwangeren- und Familienhilfegesetz (SFHG) geltenden gesetzlichen Auftrags an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird diese auch weiterhin in Kooperation mit Ländern und Beratungsträgern Konzepte zur Sexualaufklärung und Familienplanung erstellen und bundeseinheitliche Aufklärungsmaterialien entwickeln und verbreiten mit dem Ziel, Schwangerschaftskonflikte zu vermeiden bzw. zu lösen. Vorrangiges Ziel ist, die Bevölkerung zu einem eigen- wie auch partnerverantwortlichen Umgang mit Sexualität, Zeugung und Fruchtbarkeit zu befähigen, um ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden und gewollte zu fördern. Grundlage dafür bildet entsprechend den Prinzipien der Gesundheitsförderung die Stärkung der eigenen Kompetenz von Frau und Mann, über Sexualität und die möglichen Folgen, Verhütung und Kinderwunsch zu kommunizieren sowie sich aktiv mit der Elternrolle auseinanderzusetzen. Zusätzlich zu gezielten Aufklärungshilfen bieten Schwangeren- bzw. Schwangerschaftskonfliktberatungseinrichtungen konkrete Hilfeleistungen im Einzelfall. Nach § 5 SchKG dient die Konfliktberatung, die von der Verantwortung der Frau ausgeht, dem Schutz des ungeborenen Lebens (siehe auch Antwort zu Frage 16).

Der notwendige Entscheidungsspielraum für eine individuelle Familienplanung ist nur auf der Grundlage familien- und kindgerechter Lebensbedingungen gegeben, die Frauen und Männern gleichwertige Gestaltungsmöglichkeiten zur Vereinbarung von Kindererziehung und Erwerbstätigkeit einräumt. Allein seit 1998 wurde das finanzielle Volumen der staatlichen Leistungen und steuerlichen Maßnahmen für Familien, an denen der Bund finanziell beteiligt ist, um rund 50 % von 40,2 Mrd. Euro auf 60 Mrd. Euro im Jahr 2003 erhöht. Seit 2002 hat die Bundesregierung ihrer Familienpolitik einen zusätzlichen Schwerpunkt gegeben. Im Mittelpunkt stehen dabei der Ausbau einer bedarfsgerechten sozialen Infrastruktur, insbesondere von verlässlichen Ganztagsschulen sowie Betreuungsmöglichkeiten für Kinder im Vorschulalter und die familienfreundlichere Gestaltung der Arbeitswelt.

15. Hat die Bundesregierung in der Vergangenheit durch entsprechende Kontrollen dafür gesorgt, dass nur solche Beratungsstellen zur Beratung zugelassen werden, welche eine – den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts entsprechende – Eignung besitzen?

Die Anerkennung und Überprüfung von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen hat der Bundesgesetzgeber in die Verantwortung der Länder gestellt (§§ 8, 9 SchKG). Die zuständige Landesbehörde hat mindestens im Abstand von drei Jahren zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung nach § 9 SchKG vorliegen. Sie kann sich zu diesem Zweck die Berichte der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen vorlegen lassen und Einsicht in die angefertigten Aufzeichnungen nehmen (§ 10 SchKG).

16. Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, damit die Beratungen so erfolgen, dass durch diese der Schutz des ungeborenen Kindes hinreichend gewährleistet ist?

Inhalt und Aufgabe der Schwangerschaftskonfliktberatung hat der Bundesgesetzgeber in § 219 StGB i. V. m. §§ 5 und 6 SchKG festgelegt. Danach dient die Beratung dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuhelfen.

Es ist Aufgabe der Länder, zu gewährleisten, dass die Beratungsstellen ihre Beratung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben durchführen (§§ 8 ff. SchKG, siehe auch Antworten zu Fragen 1 und 15).

17. Welche Hilfs- und Beratungsmaßnahmen stehen schwangeren Minderjährigen in Deutschland zur Verfügung?

    Gibt es Beratungs- und Hilfsangebote, die auf die spezifischen Bedürfnisse jugendlicher Schwangerer ausgerichtet sind?

    Wenn ja, welche Konzepte und Maßnahmen liegen diesen zugrunde?

    In welchem Maße werden diese Angebote durch jugendliche Schwangere genutzt?

Im Rahmen des § 2 SchKG haben Frauen und Männer das Recht, sich zum Zwecke der gesundheitlichen Vorsorge und zur Lösung und Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten, jeweils abgestimmt auf die verschiedenen Alters- und Personengruppen, in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft berührenden Fragen in einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen. Das durch die Länder nach §§ 3 und 8 SchKG sicherzustellende plurale Beratungsangebot steht somit auch jugendlichen Schwangeren offen. Der Bundesregierung ist durch den Austausch mit den für die Schwangerschaftsberatung zuständigen Ländern und Beratungsträgern bekannt, dass vielfältige trägerspezifische sexualpädagogische Angebote für Jugendliche einschließlich jugendlicher Schwangerer zur Verfügung stehen. So wurde u. a. mit Beteiligung des Bundesfamilienministeriums im Oktober 2003 beim Pro Familia Bundesverband ein Fachgespräch durchgeführt, in dem Befunde aus der Praxis gesammelt und diskutiert wurden, um ein adäquates sexualpädagogisches Präventionskonzept und entsprechende Hilfs- und Befähigungsangebote, die speziell auf die Zielgruppe abgestimmt sind, zu entwickeln. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat zudem die vom Sozialdienst katholischer Frauen und Caritasverband herausgegebene soeben erschienene Broschüre „mamma mia“ gefördert, die vielfältige Hilfsmöglichkeiten für Jugendliche, die Eltern werden, aufzeigt.

Neben Schwangerenberatung sind auch Familien- und Erziehungsberatung, Kinder- und Jugendhilfe sowie Öffentlicher Gesundheitsdienst und Soziale Dienste verstärkt gefordert. Um zu untersuchen, welche speziellen Angebote und Hilfen es für jugendliche Schwangere gibt und wie die Hilfen angenommen

werden, wird derzeit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Expertise am Beispiel Sachsens gefördert. Diese soll Aufschluss darüber bringen, welche Anforderungen und Vernetzungsoptionen an entsprechende Einrichtungen zu stellen sind, um effektive und praxisorientierte Hilfen sowie Problemlösungsstrategien zu gewährleisten. Im Rahmen dieser Expertise werden PraktikerInnen in Beratungsstellen u. a. nach dem Präventionsangebot, den Angeboten für jugendliche Schwangere und Mütter, der Nutzung dieser Angebote und den Informationswegen, den Anforderungen an medizinische, soziale und sexualpädagogische Beratung und Betreuung und der zukünftigen Entwicklung und Vermittlung spezieller gynäkologischer/geburtshilflicher Angebote außerhalb des bestehenden Versorgungssystems gefragt. Die Ergebnisse werden im Juni auf einer Fachtagung in Leipzig präsentiert und diskutiert.

Soweit besonderer Betreuungs- bzw. Hilfebedarf erforderlich ist, stehen minderjährigen Schwangeren als auch minderjährigen Müttern nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (SGB VIII) Angebote zur Verfügung, um insbesondere minderjährigen Müttern ein Leben mit ihrem Kind zu erleichtern. Ihnen steht (ebenso wie volljährigen Schwangeren bzw. Müttern) das Leistungsangebot nach § 19 SGB VIII zur Verfügung. Begünstigt sind Schwangere sowie Mütter oder Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben und der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung des Kindes bedürfen. Die gemeinsame Betreuung von alleinsorgendem Elternteil in einer geeigneten Wohnform soll Hilfe zur Persönlichkeitsentwicklung der Mütter und Väter sein. Ziel der Hilfe ist, Eltern im Zusammenleben mit ihrem Kind zu deren Pflege, Erziehung und Förderung und letztlich zu einem selbständigen und eigenverantwortlichen Leben mit ihrem Kind zu befähigen. Weiterhin sollen die Betroffenen darin unterstützt werden, eine schulische und/oder berufliche Perspektive zu entwickeln. Dabei ist vorrangige Aufgabe, die Motivation zu stärken, eine Ausbildung zu beginnen oder fortzuführen und (anschließend) eine Berufstätigkeit aufzunehmen. Weiterhin kommen Förderungsleistungen nach den §§ 16, 17, 18 SGB VIII, Angebote zur allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie, Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung, Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge und Angebote der Kinderbetreuung nach den §§ 22 ff. SGB VIII sowie Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff. SGB VIII in Betracht. Zur Unterstützung minderjähriger Schwangerer und Mütter kommen primär folgende ambulante Hilfen in Betracht, die einen entsprechenden erzieherischen Bedarf entweder auf Seiten der minderjährigen Mutter oder ihres Kindes voraussetzen: Erziehungsberatung, § 28 SGB VIII, Sozialpädagogische Familienhilfe, §§ 27, 31 SGB VIII und Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung, § 35 SGB VIII.

Das Deutsche Müttergenesungswerk bietet in verschiedenen Einrichtungen im Rahmen der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen auf junge Schwangere abgestimmte Kuren an.

18. Vorausgesetzt, die Abtreibungszahlen sind nicht erkennbar zurückgegangen, sieht dann die Bundesregierung eine Verpflichtung, entsprechend dem verfassungsgerichtlichen Auftrag die bestehenden Regelungen zu verbessern (Korrektur- oder Nachbesserungspflicht)?

    Wenn ja, wie gedenkt die Bundesregierung den Schutz der ungeborenen Kinder zu verbessern?

Die Bundesregierung sieht derzeit keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Auf die Antwort zu Frage 13 wird verwiesen.

19. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkungen der gesetzlichen Regelung des § 218a Abs. 2 StGB, Abtreibung aufgrund einer medizinischen Indikation, auf das Rechtsbewusstsein, wonach eine Abtreibung bis unmittelbar vor der Geburt rechtmäßig ist, während kurze Zeit später, unmittelbar nach der Geburt die Tötung des Neugeborenen (gleiches Rechtsgut) als Verbrechen qualifiziert wird?

Die Frage zielt letztlich auf die in der Öffentlichkeit teilweise geforderte Befristung der medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ab. Die Bundesregierung lehnt eine Befristung der medizinischen Indikation ab. Sie geht dabei davon aus, dass allgemeiner Konsens darüber herrscht, dass Spätabbrüche, wenn das Leben der Schwangeren akut bedroht ist, nicht verboten werden sollen. Gegen die Befristung der medizinischen Indikation spricht außerdem, dass sie die Gefahr von überstürzten Schwangerschaftsabbrüchen mit sich bringt. Die Bundesregierung ist allerdings der Auffassung, dass die Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch in einem Spätstadium der Schwangerschaft äußerst streng gestellt werden muss. Der Bundesregierung liegen keine gesicherten Erkenntnisse darüber vor, dass dies in der Praxis nicht so gehandhabt wird.

20. Für wie viele der seit Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG) durchgeführten Abtreibungen war nach Kenntnis der Bundesregierung eine pränatal diagnostizierte Behinderung oder vorgeburtliche Schädigung des Kindes ursächlich für die Stellung einer medizinischen Indikation (in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter sowie aufgeschlüsselt nach Jahren), und auf welche statistischen Datenerhebungen stützt die Bundesregierung ihre Erkenntnis?

Statistisches Material zu dieser Fragestellung liegt der Bundesregierung nicht vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

21. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, etwa durch Fachtagungen und Expertengespräche des zuständigen Bundesministeriums, Abfrage bei Ärztekammern, ärztlichen Fachorganisationen, pränataldiagnostischen Schwerpunktzentren, Krankenhausträgern und Krankenversicherungen sowie durch Erteilung von Aufträgen für wissenschaftliche Studien, um Kenntnisse über das tatsächliche Geschehen im Bereich von Abtreibungen nach Pränataldiagnostik zu erlangen, und welche Bundesministerien sind hieran beteiligt?

Die Bundesregierung beobachtet die Entwicklung laufend und nutzt dabei alle ihr zur Verfügung stehenden Erkenntnisquellen. Die damalige Bundesministerin der Justiz, Dr. Däubler-Gmelin, hat am 1. Juli 1999 ein Expertengespräch zur Problematik später Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik durchgeführt, an dem u. a. namhafte Mediziner und Juristen teilgenommen haben. Das Gespräch hatte in erster Linie das Ziel, abzuklären, ob eine Befristung der medizinischen Indikation sinnvoll ist. Nach dem Ergebnis des Expertengesprächs ist ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf nicht gegeben. Dieses Ergebnis wird auch bestätigt durch das Ergebnis einer interfraktionellen Arbeitsgruppe unter Federführung der Abgeordneten Inge Wettig-Danielmeier. Diese hat am 13. März 2000 ein Expertengespräch durchgeführt. Seitens der Experten wurde die Problematik der Spätabtreibung dargestellt und erörtert. Die interfraktionelle Arbeitsgruppe hat keine Empfehlung für gesetzliche Änderungen ausgesprochen.

Darüber hinaus hat das BMFSFJ durch Gespräche mit der Ärzteschaft und dem Hebammenverband Einblick in die schwierige Thematik der Entscheidungsfin-

dung und mögliche Konsequenzen im Zusammenhang mit der Anwendung pränataler Diagnostik aus Sicht der betroffenen Berufsverbände. Im Zusammenhang mit der Förderung der Wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte „Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“ an den Standorten Bonn, Düsseldorf und Essen sind zudem durch Evaluation der psychischen Situation der Betroffenen Erkenntnisse dazu zu erwarten. Die Ergebnisse der Langzeituntersuchung werden frühestens Mitte 2006 vorliegen.

22. Wann und mit welchen Ergebnissen war dies Gegenstand der Kabinettssitzungen?

Über die Beratung in den Sitzungen des Kabinetts macht die Bundesregierung keine Angaben.

23. In wie vielen Fällen wurden nach einer Abortinduktion nach Pränataldiagnostik beim Neugeborenen Lebenszeichen festgestellt, und in wie vielen dieser Fälle wurden lebensrettende Maßnahmen eingeleitet bzw. auf solche Maßnahmen verzichtet?

24. In wie vielen Fällen wurde vor einer Abortinduktion nach Pränataldiagnostik ein Fetozid zur intrauterinen Tötung des Ungeborenen durchgeführt?

Bundesstatistiken zu diesen beiden Fragestellungen existieren nicht, auch andere Zahlen liegen nicht vor.

25. Sind der Bundesregierung Schätzungen bekannt, denen zufolge in Deutschland etwa 800 Ungeborene nach Erreichen der extrauterinen Lebensfähigkeit wegen erwarteter Behinderung abgetötet werden?

Wie steht die Bundesregierung dazu?

Solche Schätzungen sind der Bundesregierung nicht bekannt. Auf die Antworten zu Frage 3 und Frage 24 wird verwiesen.

26. Wie beurteilt die Bundesregierung die Forderungen der Bundesärztekammer hinsichtlich ärztlicher Beratung nach Erhebung eines pränataldiagnostischen Befundes, Respektierung der Grenze der extrauterinen Lebensfähigkeit, gesetzlich geregelter statistischer Erfassung von Abtreibungen nach Pränataldiagnostik und Präzisierung des ärztlichen Weigerungsrechtes (Bundesärztekammer: Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, Deutsches Ärzteblatt, 20. November 1998)?

Die Empfehlung, mit der Schwangeren nach gesicherter Diagnose einer fetalen Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft für eine Erkrankung ärztliche Beratungsgespräche mit dem in der Erklärung aufgeführten Inhalt zu führen, ist, insbesondere im Sinne der Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit, zu begrüßen. Einerseits kann die Schwangere eine Entscheidung darüber, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zieht, nur dann in verantwortungsvoller Weise treffen, wenn sie umfassend aufgeklärt und beraten worden ist, und zwar im Hinblick auf das Ergebnis der bei ihr durchgeführten Pränataldiagnostik. Andererseits haben Ärztinnen oder Ärzte ohne eingehendes Gespräch mit der Schwangeren keine sichere Grundlage für eine Indikationsstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 2 StGB.

Mit der Empfehlung, den Zeitpunkt, ab dem die extrauterine Lebensfähigkeit des Ungeborenen gegeben ist, in der Regel als zeitliche Begrenzung für einen Schwangerschaftsabbruch nach pränataldiagnostisch erhobenem auffälligem Befund anzusehen, wird die Befristung der medizinischen Indikation angesprochen. Auf die Antwort zu Frage 19 wird verwiesen.

Hinsichtlich der Empfehlung, die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die spezielle statistische Erfassung derjenigen Schwangerschaftsabbrüche gewährleistet ist, bei denen eine fetale Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft für eine Erkrankung von Bedeutung war, wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

Hinsichtlich der Empfehlung, das Weigerungsrechs (§ 12 SchKG) auszuweiten, das sich nicht nur auf Ärztinnen und Ärzte, sondern auf alle beteiligten Personen, z. B. auch auf Hebammen, Krankenschwestern bezieht, ist Folgendes zu berücksichtigen. § 12 Abs. 2 SchKG schließt bei einer nicht anders abwendbaren Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung das Weigerungsrecht aus. Die Abgrenzung, wann mit der Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung gerechnet werden muss, kann in der Praxis häufig nicht klar definiert werden, da die Grenzen fließend sind. Insoweit ist davon auszugehen, dass eine Ausweitung des Weigerungsrechts keine Auswirkungen in der Umsetzung der Regelung haben würde. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG eine Schutzpflicht des Staates folgt, die auch die körperliche Unversehrtheit der Frau betrifft. Es erscheint zweifelhaft, ob der Staat dieser Schutzpflicht – auch in Abwägung mit den Freiheitsrechten der betroffenen Ärzte und des betroffenen Pflegepersonals – noch in ausreichender Weise nachkommen würde, wenn er es zulassen würde, dass eine Frau, der eine schwerwiegende Gesundheitsschädigung droht, unter Umständen keine rechtzeitige Hilfe erlangen kann.

27. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Einführung einer Beratungspflicht bei medizinischer Indikation in Analogie zur Beratungsregelung eine Verbesserung der Patientenautonomie darstellt, oder hält sie den jetzigen Zustand ohne Beratungspflicht für ausreichend?

Die Bundesregierung lehnt eine (psychosoziale) Pflichtberatung im Rahmen der medizinischen Indikation ab. Eine solche Beratungspflicht ist nicht zugeschnitten auf die Fälle der medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (Gefahr für das Leben oder Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren). In den Fällen, in denen die Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren im Zusammenhang steht mit dem Ergebnis vorgeburtlicher Untersuchungen der Leibesfrucht, ist eine strafbewehrte Beratungspflicht angesichts des in der Regel vorhandenen Wunsches der Betroffenen nach Beratung nicht nur nicht erforderlich, sondern kann sogar kontraproduktiv wirken. Ein Anspruch auf Beratung, der auch die Information über die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien umfasst, die vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit geschädigten Kindes zur Verfügung stehen, besteht schon nach § 2 Abs. 1 SchKG.

Die Bundesregierung begrüßt dagegen Maßnahmen zur besseren Verankerung des Beratungsanspruchs in die Praxis. Dazu wurden und werden bereits Modelle zur Entwicklung und Erprobung von Beratungskriterien sowie zur besseren Vernetzung von medizinischer Aufklärung und psychosozialer Beratung durchgeführt. Auf die Antwort zu Frage 32 wird verwiesen.

28. Wie beurteilt die Bundesregierung die Position der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), derzufolge sich spätestens mit der Lebensfähigkeit des Ungeborenen der Anspruch auf Leben des ungeborenen nicht von dem des geborenen Kindes unterscheidet (Positionspapier „Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“, Mai 2003)?

Auf die Antwort zu Frage 19 wird verwiesen.

29. Wie beurteilt die Bundesregierung die Forderung der DGGG, bei einem möglichen Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation aufgrund eines pränataldiagnostischen Befundes bei Lebensfähigkeit des Kindes eine interdisziplinäre Kommission zur Beratung des Arztes einzuschalten?

Schon nach geltendem Recht hat die Ärztin/der Arzt Art und Schwere der Gefahr für die Schwangere nach „ärztlicher Erkenntnis“ zu beurteilen. Falls sie/er die erforderliche Fachkunde nicht besitzt, ist sie/er gehalten, eine Fachärztin/einen Facharzt hinzuzuziehen (so beispielsweise auch ein führender Kommentar zum StGB). Um sicherzustellen, dass die erforderliche Sachkunde gegeben ist, ist eine entsprechende Änderung des § 218a Abs. 2 StGB nicht erforderlich.

30. Ist nach Auffassung der Bundesregierung eine eindeutige Klärung vorhanden, ob es ein ärztliches Weigerungsrecht gibt, an einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation aufgrund eines pränataldiagnostischen Befundes mitzuwirken?

Gemäß § 12 Abs. 1 SchKG ist niemand verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Dies gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um eine nicht anders abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der schwangeren Frau abzuwenden (§ 12 Abs. 2 SchKG). Die Auslegung dieser Vorschrift ist Sache der unabhängigen Gerichte.

Nach Auffassung der Bundesregierung sind die Voraussetzungen der Ausnahmeregelung dann gegeben, wenn die Mitwirkung gerade des/der in Frage stehenden Arztes/Ärztin notwendig ist, um von der schwangeren Frau eine nicht anders abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsbeschädigung abzuwenden. Diese Regelung gilt für alle Schwangerschaftsabbrüche, unabhängig davon, welcher Sachverhalt im Einzelnen die Gefahrenlage, in der sich die Frau befindet, ausgelöst hat.

31. Wie beurteilt die Bundesregierung den Vorschlag der DGGG, eine „angemessene“ Bedenkzeit, z. B. drei Tage, zwischen Beratung und Schwangerschaftsabbruch analog der Fristenregelung bei psychosozialer Notlage auch bei Abbrüchen aus medizinischer Indikation einzuführen?

Der Vorschlag berücksichtigt nicht die besonderen Gegebenheiten der medizinischen Indikation, die im Einzelfall auch einen sofortigen Abbruch erforderlich machen kann. In den anderen Fällen ist die/der abbrechende Ärztin/Arzt durch die derzeitige gesetzliche Regelung nicht gehindert, den Abbruch erst nach einer gewissen Bedenkzeit durchzuführen.

32. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um die von der DGGG vorgeschlagene Begleitung auch nach einem Schwangerschaftsabbruch zu verbessern?

Der nach § 2 SchKG bestehende Beratungsanspruch beinhaltet auch die Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch. Die Bundesregierung begrüßt ausdrücklich die von der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) vorgeschlagenen Qualitätsverbesserungen zur Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, insbesondere die Möglichkeit psychosozialer Betreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch, sofern die freiwillige Inanspruchnahme durch die Betroffenen vorgesehen ist. Der 1. Zwischenbericht zu dem in Frage 21 genannten Modellvorhaben dokumentiert bereits, dass sich die im klinischen Kontext angebotene psychosoziale Beratung nach positivem Befund aus Sicht der Beraterinnen und Betroffenen als äußerst hilfreich in dieser schwierigen Lebenssituation, insbesondere im Hinblick auf die Verarbeitung der getroffenen Entscheidung, erwiesen hat. Daher bedarf es einer engen Verzahnung medizinischer und psychosozialer Dienstleistungen und Entwicklung eines integrativen interdisziplinären Gesamtkonzepts zur Unterstützung und Begleitung nach positivem Befund. Hier sind Ärzteschaft und Beratungsträger sowie die zuständigen Länder gefordert, durch flexible Beratungsangebote und Kooperationsformen den gesetzlich geregelten Beratungsanspruch stärker in der Praxis zu verankern.

Um die Kooperation zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Berufsgruppen im Kontext von Pränataldiagnostik zu verbessern, fördert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Modellprojekt zur Einrichtung und Evaluierung von Qualitätszirkeln in der Pränataldiagnostik. Darüber hinaus wird der Rechtsanspruch auf Beratung durch entsprechende Informationsmedien der Bundeszentrale publik gemacht.

33. Ist nach Auffassung der Bundesregierung durch das Personenstandsgesetz eindeutig geklärt, ob es sich um eine Fehlgeburt, einen Schwangerschaftsabbruch, eine Totgeburt oder eine Totgeburt nach Fetozid handelt?

Gehören auch Feten aus Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Gewicht von mehr als 500 g zu den zu beurkundenden Totgeburten?

Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung dies und welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung, um eine eindeutige Klärung zu erreichen?

Ein tot geborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind ist nach § 29 Abs. 2 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) eine mindestens 500 Gramm schwere Leibesfrucht, bei der sich nach Scheidung vom Mutterleib keine Lebensmerkmale gezeigt haben. Lebensmerkmale liegen nach Absatz 1 dieser Vorschrift vor, wenn entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat; bei Lebendgeburt ist das Geburtsgewicht für die Beurkundung ohne Bedeutung. Hat sich keines der genannten Lebensmerkmale gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, handelt es sich nach Absatz 3 der Vorschrift um eine Fehlgeburt, die nicht in den Personenstandsbüchern beurkundet wird.

Weitergehende Regelungen, ob zu den zu beurkundenden Totgeburten auch Feten aus Schwangerschaftsabbrüchen gehören, enthält das Personenstandsrecht nicht. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass Feten aus Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Gewicht von mindestens 500 Gramm nicht unter den personenstandsrechtlichen Begriff der „Totgeburt“ zu fassen sind. Ein Schwangerschaftsabbruch stellt einen medizinischen Eingriff dar, der nicht zu

einer „Geburt“ im Sinne des staatlichen Beurkundungsrechts führt. Der Zweck der standesamtlichen Beurkundung, beweiskräftige Unterlagen über Personenstand und Namen einer Person zu schaffen, lässt in diesen Fällen keinen Anlass für eine Beurkundung erkennen. Der Bundesregierung ist bekannt, dass hierzu auch eine andere Auffassung vertreten wird. Im Rahmen der beabsichtigten Reform des Personenstandsgesetzes wird mit den Ländern daher zurzeit geprüft, ob eine Klarstellung in den personenstandsrechtlichen Vorschriften angestrebt werden sollte.

34. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, wie häufig Kinder nichtbehindert bzw. gesund zur Welt gekommen sind, deren Eltern während der Schwangerschaft nach Pränataldiagnostik eine Behinderung oder gesundheitliche Schädigung des Kindes – als vermutet oder gesichert – mitgeteilt wurde?

Nein.

35. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie häufig nichtbehinderte bzw. gesunde Kinder wegen angenommener Behinderungen oder gesundheitlicher Schädigungen abgetrieben wurden?

Erkenntnisse liegen hierüber nicht vor.

36. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass in der weiten Fassung der medizinischen Indikation (§ 218a II StGB) und der dadurch eröffneten Möglichkeit, Kinder mit erwarteten Behinderungen oder gesundheitlichen Schädigungen bis zur Geburt rechtmäßig töten zu können, eine Diskriminierung Behinderter zu sehen ist?

Nein. Nach § 218a Abs. 2 StGB ist der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt/einer Ärztin vorgenommene Schwangerschaftsabbruch dann nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden. Die Vorschrift stellt nicht auf eine mögliche Behinderung des Embryos ab, sondern auf den Gesundheitszustand der Mutter, sodass schon deshalb keine Diskriminierung behinderter Menschen gegeben ist.

37. Welchen Zusammenhang erkennt die Bundesregierung zwischen der Bereitschaft betroffener Mütter und Väter, ihr behindertes Kind anzunehmen, und den sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Erziehung und Fürsorge für ein behindertes Kind?

Ein Element für die Bereitschaft betroffener Mütter und Väter, ihr behindertes Kind anzunehmen, sind die Rahmenbedingungen unserer Gesellschaft auch in materieller Hinsicht. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es umfassende Sozialleistungen für behinderte Kinder. Die Bundesregierung hat mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) – , das am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist, einen Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik vollzogen und den Weg von der institutionellen und maßnahmeorientierten Rehabilitation hin zur individuellen, personenzentrierten und funktionellen Rehabilitation für Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen beschritten. Nach der Zielbestimmung des SGB IX

wird hierbei den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder Rechung getragen. Behinderte Kinder haben grundsätzlich Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Ausbildung) sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Das SGB IX stärkt darüber hinaus die Frühförderung von behinderten Kindern. Früherkennung und Frühförderung werden nunmehr als Komplexleistung erbracht, als ein interdisziplinär abgestimmtes System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen. Die Bundesregierung verfolgt das Ziel, behinderten Menschen im Allgemeinen und insbesondere behinderten Kindern, ein behindertengerechtes Umfeld zu sichern. Die Erbringung all dieser umfangreichen Sozialleistungen und die Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen trägt mit dazu bei, dass Eltern behinderter Kinder sich bewusst für ihr behindertes Kind entscheiden können.

38. Sind der Bundesregierung Studien bekannt, die weit reichende Spätfolgen einer Abtreibung (psychisch, physisch und sozial) bei Frauen, aber auch Männern, belegen?

    Welche sind das und wie bewertet sie diese?

39. Gibt es aufgrund dieser Studien Initiativen in der Bundesrepublik Deutschland, die für die wirksamere Umsetzung des Beratungskonzeptes notwendig wären?

Der Bundesregierung sind entsprechende Studien in Deutschland nicht bekannt. Es liegen jedoch Auswertungen internationaler Fachliteratur vor, die im Langzeitvergleich keine oder nur geringe Unterschiede im psychischen Befinden zwischen Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften aufweisen.

40. Sieht sich die Bundesregierung aufgrund der Zahlen von Schwangerschaftsabbrüchen Minderjähriger veranlasst, die Veröffentlichungen zur sexuellen Aufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf ihre Zielgruppenausrichtung zu überprüfen und entsprechend zu überarbeiten?

Die Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen des gesetzlichen Auftrags (siehe auch Antwort zu Frage 14) sind in hohem Maße zielgruppenspezifisch. Kinder und Jugendliche gehören zu den zentralen Zielgruppen dieses Auftrages. In der Erfüllung dieses Auftrags arbeitet die BZgA mit einem umfangreichen massenmedialen und personalkommunikativen Maßnahmenmix, der Eltern, Erzieherinnen und Erziehern, Lehrpersonen sowie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen schulischer und außerschulischer Jugendarbeit einbezieht.

Zur Vermeidung von Teenagerschwangerschaften ist es notwendig, frühzeitig und altersgerecht aufzuklären. Die Vermittlung verhaltensrelevanten Wissens und das Erlernen eines eigen- und partnerverantwortlichen Umgangs mit Sexualität sind die Eckpfeiler der primärpräventiven Arbeit mit der Zielgruppe der Jugendlichen.

41. Plant die Bundesregierung, die Themen Verhütung und Wertevermittlung stärker in den Mittelpunkt der Aufklärungsarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu rücken?

    Wenn nein, warum nicht?

Der Pluralität der Ziel- und Multiplikatorengruppen entspricht die Vielfalt der Aufklärungsangebote der BZgA. Sie bringen jungen Menschen die Themen Liebe, Beziehung, Partnerschaft und Verantwortung einfühlsam nahe. Alle Medien und Maßnahmen in der Sexualaufklärung und Familienplanung (siehe auch Antwort zu Frage 14) bieten sachliche Informationen, z. B. zur Körperaufklärung, Verhütung, Schwangerschaft. Sie fördern die Übernahme von Verantwortung für sich selbst und den Partner/die Partnerin. Sie motivieren zu partnerschaftlichem Sexualverhalten; dies schließt den Respekt vor dem Willen des Partners/der Partnerin, die Beachtung der Würde und der Unverletzlichkeit der Person und ebenso den Schutz des ungeborenen Lebens ein.

Die Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung der Geschlechter sind weitere Werthaltungen, die vermittelt werden. Den Zielgruppen sollen selbständige und verantwortliche Entscheidungen ermöglicht werden.

42. Teilt die Bundesregierung die Ansicht, dass in den diesbezüglichen Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den geänderten Lebenswirklichkeiten junger Menschen nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen wird und der Wertevermittlung und Orientierung ein zu geringer Stellenwert eingeräumt wird?

    Wenn nein, warum nicht?

    Wenn ja, warum?

Die regelmäßig durchgeführten repräsentativen Wiederholungsbefragungen (Jugendsexualität, Verhütungsverhalten) und wissenschaftlichen Studien zum Verhalten der Zielgruppen sowie direkte Kontakte in die Zielgruppe, z. B. über www.loveline.de und die Evaluation der Maßnahmen, die insbesondere die Adressatengenauigkeit und die Akzeptanz in der Zielgruppen überprüfen, ermöglichen der BZgA die Entwicklung und Überprüfung von Medien, die der Lebenswirklichkeit von Jugendlichen entsprechen. Auf die Beantwortung zu Frage 40 wird verwiesen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333